



Datum: _____

Zeitpunkt der Erhebung:

vor OP

3 Jahre nach OP

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Fallnummer: _____

Bogen eingereicht von:

Zentrum

Arzt für Nachsorge

Patient

Medizinische Nachsorgedaten:

PSA-Wert

Nachsorge-Datum

Metastasen

ja

nein

Festgestellt am

Rezidiv

ja

nein

Festgestellt am

Sonstiges:

Lebensqualität/Gesundheitszustand

Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität während der letzten Woche einschätzen?

0 1 2 3 4 5 6 7

sehr schlecht

ausgezeichnet

Wie würden Sie insgesamt Ihren Gesundheitszustand während der letzten Woche einschätzen?

0 1 2 3 4 5 6 7

sehr schlecht

ausgezeichnet

			Datum	Name
Erstausgabe am: 05.10.2009	Gültig bis: auf Widerruf	Erstellt:	05.10.2009	F. Radefeld
Revision: 04 von S. Seidel	Revision vom: 01.01.2018	Geprüft:	05.10.2009	Dr. F. Kaiser
Datei: FO_02_12_AP_001		Freigegeben:	05.10.2009	Prof. Dr. J. Fichtner



Kontinenz*

1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?

- Nie 0
- 1x pro Woche oder seltener 1
- Zwei- bis dreimal pro Woche 2
- Einmal täglich 3
- Mehrmals täglich 4
- Ständig 5

2. Wie hoch ist der Urinverlust?

- Kein Urinverlust 0
- Eine geringe Menge 2
- Eine mittelgroße Menge 4
- Eine große Menge 6

3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Gar nicht stark

ICIQ-Summen-Score (1+2+3)*:

Maximale Punktzahl:

21

Keine Inkontinenz

0

Leichte Inkontinenz

bis

1-5

Mäßige Inkontinenz

bis

6-10

Starke Inkontinenz

11

* basierend auf Abrams P, Avery K, Gardener N, Donovan J; ICIQ Advisory Board. The International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire: www.iciq.net. J Urol 2006.

Erektion (nach IIEF-5-SCORE)

Für jede Frage sind mehrere Antworten vorgegeben, aus denen Sie bitte diejenige auswählen, die auf Sie am ehesten zutrifft. Bitte geben Sie bei jeder Frage jeweils nur eine Antwort.

1. Wie würden Sie Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu behalten?

	Sehr gering oder nicht vorhanden	1 <input type="checkbox"/>	Niedrig	2 <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig	3 <input type="checkbox"/>	Groß	4 <input type="checkbox"/>	Sehr groß	5 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	-------------------------------	---------	-------------------------------	-------------	-------------------------------	------	-------------------------------	-----------	-------------------------------

2. Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für die Penetration (das Eindringen)?

Keine sexuelle Stimulation	0 <input type="checkbox"/>	Fast nie oder nie	1 <input type="checkbox"/>	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	2 <input type="checkbox"/>	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	3 <input type="checkbox"/>	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	4 <input type="checkbox"/>	Fast immer oder immer	5 <input type="checkbox"/>
----------------------------	-------------------------------	-------------------	-------------------------------	---	-------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------	-------------------------------

3. Wie oft waren Sie bei dem Geschlechtsverkehr in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie Ihre Partnerin penetriert hatten (in sie eingedrungen waren)?

Keinen Geschlechtsverkehr versucht	0 <input type="checkbox"/>	Fast nie oder nie	1 <input type="checkbox"/>	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	2 <input type="checkbox"/>	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	3 <input type="checkbox"/>	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	4 <input type="checkbox"/>	Fast immer oder immer	5 <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	-------------------	-------------------------------	---	-------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------	-------------------------------

4. Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten?

Keinen Geschlechtsverkehr versucht	0 <input type="checkbox"/>	Äußerst schwierig	1 <input type="checkbox"/>	Sehr schwierig	2 <input type="checkbox"/>	Schwierig	3 <input type="checkbox"/>	Ein bisschen schwierig	4 <input type="checkbox"/>	Nicht schwierig	5 <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	-------------------	-------------------------------	----------------	-------------------------------	-----------	-------------------------------	------------------------	-------------------------------	-----------------	-------------------------------

5. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?

Keinen Geschlechtsverkehr versucht	0 <input type="checkbox"/>	Fast nie oder nie	1 <input type="checkbox"/>	Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)	2 <input type="checkbox"/>	Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)	3 <input type="checkbox"/>	Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)	4 <input type="checkbox"/>	Fast immer oder immer	5 <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-------------------------------	-------------------	-------------------------------	---	-------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------	-------------------------------

Johanniter Krankenhaus Oberhausen
Steinbrinkstraße 96a
46145 Oberhausen

T: 0208 697-4000
www.klinikum-niederrhein.de

Klinik für Urologie Chefarzt Prof. Dr. med. Jan Fichtner

E-Mail Jan.Fichtner@ejk.de
T: 0208 697-4500/1
F: 0208 697-4503

Punktzahl aus Frage 1 – 5:

Wenn Sie weniger als **22** Punkte erzielen, zeigen Sie Anzeichen für Erektionsstörungen. Ihr Arzt kann Ihnen Behandlungsmöglichkeiten vorschlagen, die Ihren Zustand verbessern.